

Análisis del Grado de Conocimiento de los Pacientes Sobre las Instrucciones que Reciben al Alta en Urgencias

Máster de Investigación de Ciencias de la Salud
Trabajo Fin de Máster

Autor: Helena Ruiz Pérez
Director: Blanca Marín Fernández

JUNIO 2014



Universidad Pública de
Navarra

El mayor problema en la comunicación es
la ilusión de que se ha logrado

George Bernard Shaw

Análisis del grado de conocimiento de los pacientes sobre las instrucciones que reciben al alta en urgencias

Helena Ruiz Pérez

PALABRAS CLAVE

*Educación
paciente,
Comprensión,
Planificación de
alta, Cuidados en
urgencias*

*Patient Education
Comprehension,
Emergency Care,
Discharge
Planning*

Resumen

Objetivo: Evaluar el nivel de comprensión de las instrucciones de alta y la percepción de esta, de los pacientes atendidos en urgencias.

Método: Estudio descriptivo prospectivo mediante una encuesta realizada a 150 pacientes que acudieron a urgencias de un hospital comarcal. Se registraron datos del nivel de comprensión de los pacientes sobre el informe de alta: Diagnóstico, atención en urgencias, cuidados en domicilio e instrucciones de vuelta al servicio. Se evaluó tanto la comprensión de los pacientes como el grado de acuerdo entre sus respuestas y los informes médicos, mediante una escala de concordancia (no concordancia, mínima concordancia, concordancia parcial, bastante concordancia y completa concordancia).

Resultados: El 73% de pacientes tienen una comprensión deficiente en una o más partes del informe de alta. El déficit de información es mayor en “instrucciones de vuelta a urgencias” (38%) seguido de “cuidados en domicilio” (35%). Los pacientes no tienen conciencia de tener déficit de información, únicamente un 10% identifican tener déficit de comprensión en algún dominio.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes abandonan el servicio de urgencias con un conocimiento deficiente sobre sus instrucciones de alta. Además, no son conscientes de su falta de comprensión.

ÍNDICE

	Paginas
1- Introducción.....	1
2- Objetivos.....	2
3- Pacientes y Método	2
3.I- Diseño	
3.II- Población	
3.III- Muestra	
3.IV- Variables e instrumentos de medida	
3.VI- Procedimiento de recogida de información	
3.VII- Análisis de datos	
3.VIII- Aspectos éticos	
4- Resultados	5
5- Discusión	10
6- Limitaciones	16
7- Conclusión	17
8- Bibliografía	18
9- Anexos	19
- 9.I: Estrategia de Búsqueda	
- 9.II: Autorización Comité Ético	
- 9.III: Entrevista	
- 9.IV: Escala de Concordancia	
- 9.V: Consentimiento Informado	
- 9.VI: Resultados Estadísticos	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la seguridad y la calidad son temas de gran importancia internacional en la atención sanitaria, siendo la transmisión de la información entre sanitario-paciente uno de los requisitos indispensables para lograrlos (Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations (1)). Elementos como: entender la perspectiva del paciente, compartir información, alcanzar acuerdos sobre los problemas y los planes, capacitar al paciente para manejar el problema y para que elija la opción apropiada para cada uno, son un resumen de algunos de los elementos estudiados más relevantes en diferentes modelos (Consenso de Kalamazoo de Makoul et al(2) y El modelo CICAA: Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar de Ruiz et al(3)), cuyo objetivo es mejorar la comunicación del profesional sanitario.

Cuando hay una comunicación ineficaz entre el personal sanitario y el paciente al alta del servicio, los pacientes dejan el hospital sin el conocimiento necesario para cuidar adecuadamente de sí mismos en su domicilio y corren el riesgo de sufrir eventos adversos y producir un aumento de la utilización de recursos, incluyendo las visitas a consulta o la hospitalización(4-7). En determinados servicios, como el de urgencias, la comunicación se ve afectada por distintos factores ambientales como una carga de trabajo impredecible, una atención simultánea a múltiples pacientes, falta de tiempo, falta de relación a largo plazo con el paciente, altos niveles de incertidumbre,... Esto junto con los factores específicos de cada paciente (demográficos, culturales, raciales,...) dificultan la transmisión de la información al alta (8). Además, a esto se le puede añadir que la unidad de urgencias se centra en la resolución de problemas agudos dando a la preparación para el alta menor prioridad, a pesar de que el proceso debe comenzar inmediatamente después de la admisión en el servicio, se observa una disminución en la calidad y seguridad de la atención sanitaria. Numerosos estudios han demostrado que los pacientes tienen un déficit de comprensión de las instrucciones al alta al menos en un área de sus cuidados (tratamiento, diagnóstico,...) (6-11) Según Engel et al.(6) este problema de comprensión se encontraba en más de un tercio de los pacientes que acudían a urgencias.

Las enfermeras de urgencias poseen una gran capacidad de observación y evaluación de los pacientes, debido a su estrecho seguimiento a tiempo completo durante su estancia en el servicio (el equipo de atención médica proporciona una intervención más episódica) lo que le permite un contacto frecuente con el enfermo consiguiendo una buena comunicación y entendimiento con este. Estas habilidades y oportunidades la convierten en un intermediario dentro del equipo sanitario, siendo por ello una pieza clave en la planificación y comunicación del alta.

Para hacer frente a los problemas de entrega de información al alta en el servicio de urgencias, es esencial conocer y definir previamente dónde se encuentran y cuáles son los déficits en la comprensión de los pacientes en las instrucciones de alta con detalle y especificidad. En particular, es fundamental caracterizar las lagunas de conocimiento que puede poner a los pacientes en riesgo de sufrir complicaciones después de su visita a urgencias. Esto supondrá un rediseño de la actuación sanitaria para lograr una mayor eficacia de los procesos asistenciales correspondientes.

OBJETIVOS

1- Conocer el nivel de comprensión de las instrucciones de alta que tienen los pacientes atendidos en un servicio de urgencias

- Evaluar si el paciente tiene déficit de conocimientos en el diagnóstico y su causa, cuidados durante su estancia en urgencias, tratamiento y cuidados a seguir en el domicilio e instrucciones para volver a urgencias.
- Evaluar el grado de concordancia entre lo que el paciente informa y lo que el médico documenta durante la visita.
- Evaluar el grado de concordancia entre lo que el paciente cree que percibe de la información que se le da al alta y lo que realmente percibe, distinguiendo entre la información discordante e información omitida.

PACIENTES Y MÉTODO

DISEÑO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo mediante una encuesta a los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital García Orcoyen (Estella) tras haber recibido las instrucciones del alta en el servicio.

POBLACIÓN

Pacientes tratados en el Servicio de Urgencias del Hospital García Orcoyen de Estella durante los meses de marzo a mayo de 2014.

MUESTRA

La muestra del estudio se ha estimado en 150 pacientes para conseguir un nivel de confianza de 0,95 y una precisión del 0,80 en el estudio.

La población de estudio son pacientes mayores de 18 años tratados en el servicio de urgencias que entiendan y hablen castellano y que han aceptado participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Se consideran como criterios de exclusión del estudio las siguientes características:

- Menores de 18 años
- Con incapacidad para hablar o escuchar
- Ingresos en planta u otro hospital
- Diagnóstico primario de intoxicación o abuso de cualquier droga
- Aquellos que requieren una intervención médica inmediata
- Aquellos que residen en un centro penitenciario
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica significativa, demencia o deterioro cognitivo.

VARIABLES E INSTRUMENTO DE MEDIDA

Se recogieron datos sociodemográficos básicos y educativos. Además se registran datos sobre el nivel de comprensión por parte del paciente sobre las instrucciones al alta del servicio de urgencias a través de las siguientes variables:

- A) Diagnostico: basándose en los signos y síntomas del paciente identificar la enfermedad o dolencia que le hace acudir al servicio de urgencias
- B) Cuidados realizados durante su estancia en el servicio (tratamientos y pruebas): aquellos cuidados que se le realizan en el servicio al paciente tanto para averiguar lo que le ocurre (pruebas complementarias) como para disminuir los síntomas que lo provocan (tratamiento).
- C) Cuidados a realizar en el domicilio después del alta (recetas y cuidados): medidas que los sanitarios mandan cumplir al paciente para mitigar y eliminar la causa que le llevó a acudir a urgencias.
- D) Instrucciones para volver al servicio de urgencias (también seguimiento): la descripción de signos y síntomas que si el paciente nota le deben obligar a volver al servicio de urgencias.

Para ello, se uso un cuestionario publicado por Engle et all (6) que fue cumplimentado por el entrevistador. Este cuestionario fue utilizado posteriormente por el mismo autor en la realización de otro trabajo en 2012 (9), además de por otros autores como Vashi et all (10). En este estudio, no se ha realizado el cuestionario de forma completa (anexo III), únicamente se realizaron las partes referentes a las variables que se van a medir (parte 5 y 6), quedando excluida la parte que mide la satisfacción del paciente con el servicio.

PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La encuesta se realizo inmediatamente después de dar las instrucciones del alta de forma oral y con el informe escrito o mientras el paciente esperaba el informe escrito tras haberse producido la comunicación oral de las instrucciones. El personal sanitario era consciente del estudio pero desconocía el contenido de la encuesta. Además, no se consulto directamente con el personal para evitar influir en la interacción sanitario-paciente, en su lugar, se utilizo la historia clínica informatizada para identificar a los pacientes.

La recolección de datos se llevo a cabo entre los meses de marzo y mayo, de los cuales se tomaron datos en horario de mañana o de tarde. Se realizó durante cualquier día de la semana de las 9 -21 horas, evitando las horas nocturnas ya que el número de pacientes que acuden en este horario es menor. Los pacientes se eligieron de forma aleatoria, seleccionando a los pacientes que eran dados de alta, y cumplieron con los criterios del estudio, los días elegidos para la recolección de datos.

ANÁLISIS DE DATOS

El instrumento que se uso para analizar los datos fue una escala de concordancia que analizó la información que aporta el paciente en la entrevista con la que aparece en la historia clínica. La escala consta de 5 puntos (no concordancia, mínima concordancia, concordancia parcial, bastante concordancia y completa concordancia). Esta escala y su

guía de uso ha sido obtenida del estudio Engle KG et al (6). Se considera que el paciente tiene un déficit de conocimientos (mala comprensión) cuando la puntuación en la escala de concordancia es menor de bastante concordancia. Por ello, para valorar un buen conocimiento y, por tanto, buena concordancia la puntuación en las respuestas debe ser de completa o bastante concordancia.

También se incluyeron 2 escala de 5 puntos tipo Likert para identificar la percepción sobre la comprensión y la dificultad de los pacientes a la hora de recibir la información de alta de cada una de las variables expuestas anteriormente. Se interpreto como una “mala comprensión” sobre la información recibida cuando la percepción por parte del paciente es inferior a “bastante (4)”. El nivel de percepción se comparó con el nivel de concordancia que se obtiene en el análisis anterior para comprobar que es lo que el paciente cree que ha percibido y lo que realmente percibe.

El análisis estadístico se realizaron con el programa SPSS para Windows, versión 21.0, utilizándose técnicas descriptivas (medias, frecuencias, etc.) y técnicas de análisis bivariable (Tablas de contingencia).

ASPECTOS ÉTICOS

Se ha elaborado un consentimiento informado para los participantes en el estudio (anexo IV), el cual se firmo antes de la realización de la entrevista.

Asimismo, todas las personas participantes en la investigación fueron informadas sobre el proceso y los objetivos del estudio. Para asegurar la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes las entrevistas fueron clasificadas por un código alfanumérico y fueron tratadas de forma confidencial conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99. Todos los registros y documentos del estudio se guardaron de forma segura y sólo serán accesibles por los miembros del equipo investigador.

Se realizó la evaluación del proyecto por parte del Comité Ético de Investigación del Sistema Navarro de Salud y se consiguió su consentimiento para la realización del mismo (anexo II).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 155 pacientes fueron seleccionados para participar y 150 estuvieron de acuerdo en hacerlo. Los otros 5 pacientes rechazaron participar en la muestra por falta de tiempo para poder realizar la entrevista. Los 150 pacientes que accedieron a participar en el estudio no se opusieron en ningún momento a contestar el contenido completo de la encuesta ni a firmar el consentimiento informado, el cual explica cada uno de los puntos del estudio.

Los datos demográficos de la muestra se encuentran en la tabla 1. No se muestran los datos de la población que rechaza participar debido a que el número es muy pequeño en comparación con la muestra.

En la tabla aparece la edad media de los pacientes, que es de 55 años (mínimo 18 años y máximo de 91 años), siendo el sexo femenino (55%) mas prevalente que el masculino (45%). Además, se observa como la mayoría de los pacientes son de raza blanca, un 97% frente a un 3% de otras razas (negra y árabe).

La educación obligatoria (actualmente hasta los 16 años y antes hasta los 14 años) casi representa a la mitad de la población (44%), seguida de un alto porcentaje de personas que no ha tenido ningún tipo de educación (19%). Esto es debido a que antes muy poca gente tenía la posibilidad de estudiar y en la muestra el 47 % de personas son mayores de 60 años. El resto de porcentajes se divide entre instituto (hasta los 18 años), formación profesional y universidad, la cual debido a el menor porcentaje de personas menores de 30 años (17%) es el menos representado.

Datos demográficos Muestra (n= 150)	
Edad	55 (21); rango 18-91
Sexo (% female)	55
Raza (%)	
Blanca	97
Negra	1
Otra	2
Educación	
Ninguna	19
Obligatoria	44
Instituto	11
FP	17
Universidad	9

TABLA 1: Datos Demográficos de la muestra

La tabla 2 muestra ejemplos ilustrativos de las distintas puntuaciones de concordancia con las que se clasifican los datos, los cuales han sido extraídos de entrevistas realizadas a los pacientes y la correspondiente revisión con el informe de alta dado en el servicio de urgencias. Los ejemplos corresponden a los 4 dominios de analizados en la visita a urgencias, con puntuaciones desde “no concordancia” a “bastante concordancia”.

Ejemplos	Paciente	Informe Alta	Datos omitidos O discordantes	Puntuación
Diagnostico y causa	Hígado con grasa	Esteatosis hepática	Es un dato discordante	Bastante concordancia
Cuidados en Urgencias	Me han realizado una radiografía de tórax y me han sacado sangre. Todo estaba bien.	Le realizan una radiografía de tórax, analítica de sangre y realizan electrocardiograma	Omite el electrocardiograma, el cual es fundamental ya que el paciente acude a urgencias v por dolor torácico	Concordancia parcial
Cuidados en Domicilio	Med: paracetamol y omeprazol. Recomendación: Reposo en cama 3 semanas	Med: paracetamol, enantyum, clexane y omeprazol. Recomendación: reposo en cama 3 semanas, puede levantarse al sillón	Omite: clexane y enantyum. También que puede levantarse al sillón	Mínima concordancia
Instrucciones de Vuelta	Nada	Si empeoramiento de la sintomatología volver a urgencias		Ninguna concordancia

TABLA 2: Escala de concordancia

El análisis de los datos muestra que más de la mitad de los pacientes obtienen una buena comprensión en los 4 dominios estudiados (diagnostico, cuidados en urgencias, cuidados en domicilio e instrucciones de vuelta). Es decir, que más de la mitad de los pacientes responden la entrevista con lo que indica en el informe de alta que se les ha entregado. Observándose que el dominio de cuidados en urgencias es el que mejor interiorizan los pacientes frente al dominio de las instrucciones de vuelta a urgencias, el cual es el que tiene peores puntuaciones en la clasificación, con un 38% de déficit de comprensión (menor de bastante concordancia). Además se observan como en instrucciones de vuelta en un 16% de los casos no hay ninguna concordancia entre la respuesta de los pacientes con lo que realmente pone en el informe de alta (tabla 3).

<u>DOMINIO</u>	Completa concordancia	Bastante concordancia	Concordancia parcial	Mínima concordancia	No concordancia
<u>Diagnostico</u>	43	25	18	12	3
<u>Cuidados en Urgencias</u>	63	12	19	5	1
<u>Cuidados en Domicilio</u>	45	21	19	14	2
<u>Instrucciones de Vuelta</u>	57	5	9	13	16

TABLA 3: Distribución de los puntos de concordancia por dominios (%)

Aunque muchos pacientes demuestran una muy buena comprensión de las instrucciones de alta en 1 o más dominios, sólo una minoría de pacientes demostró una completa o bastante concordancia de los 4 dominios. Esto se observa en la Figura 1, donde sólo el 27% de los pacientes tenían una buena concordancia en los 4 dominios, lo que significa que el 73% de los pacientes tiene una comprensión deficiente en al menos 1 dominio. Un 43% (65/150) de los pacientes, muestran deficiencias en 2 o más dominios. Tres pacientes (2%) tuvieron una comprensión deficiente de los 4 dominios.

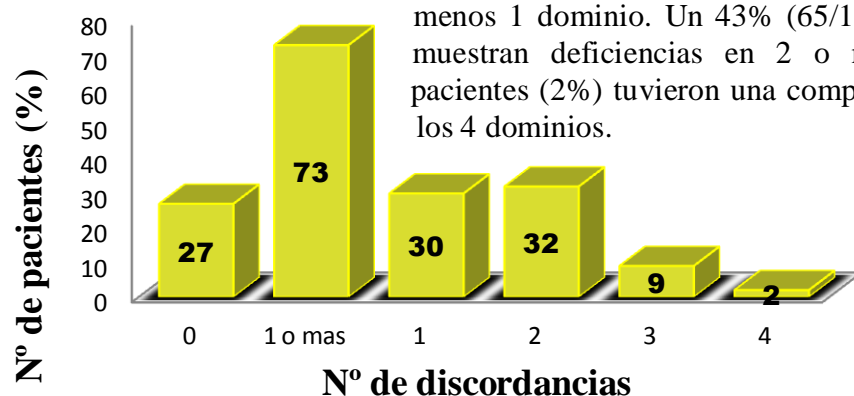


FIGURA 1: Déficit de Comprensión (Anexo VI)

El número de deficiencias obtenido de cada paciente se ha comparado con las distintas cualidades demográficas. Como, por ejemplo, en la tabla 4 donde se compara con la edad. Esta tabla muestra que la media de edad entre el distinto número de déficit de información es muy similar (de los 51 años a los 56 años), siendo la opción de tres discordancias en los 4 dominios la que muestra una mayor media de edad que el resto (61 años). Esto se considera lógico debido a que a mayor edad es más fácil cometer errores y, por tanto, discordancias. La opción de 4 discordancias, en cambio, tiene una media similar al resto debido a que únicamente se han producido 3 casos.

edad en años

DISCORDANCIAS EN NUMERO	MEDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	DESV. TÍP.
NINGUNA	55,8	22	91	19,957
DISCORDANCIA				
UNA DISCORDANCIA	51,67	18	91	22,987
DOS DISCORDANCIAS	56,08	18	90	22,245
TRES DISCORDANCIAS	61,21	29	82	18,086
CUATRO	54,67	35	71	18,23
DISCORDANCIAS				
TOTAL	55,13	18	91	21,375

TABLA 4: Edad según N° de discordancias

También se ha comparado la educación con el déficit de comprensión en la tabla 5. Observándose que las personas que han tenido una educación únicamente obligatoria (hasta los 14 o 16 años) tiene menos déficit de comprensión que el resto. Frente a aquellas personas que no han recibido ninguna educación (17,9%) que tienen una mayor dificultad en la comprensión. La tabla muestra como la educación universitaria no ha conseguido superar a la obligatoria, con un 21,4% frente al 31,8%. Pero, a pesar de ello, la educación universitaria no ha obtenido ningún resultado ni en tres ni en cuatro discordancias, concentrando la mayoría de sus errores en la comprensión entre una o dos discordancias. Solamente ha habido 3 personas con discordancia en todos los campos, una sin estudios, otra con enseñanza obligatoria y otra que ha estudiado hasta el instituto.

N° Discordancias		Educación					Total
		obligatoria	instituto	universitaria	ninguna	FP	
ninguna	Recuento	21	4	3	5	7	40
discordancia	% dentro de educación	31,8%	25,0%	21,4%	17,9%	26,9%	26,7%
una	Recuento	18	5	6	4	12	45
discordancia	% dentro de educación	27,3%	31,3%	42,9%	14,3%	46,2%	30,0%
dos	Recuento	18	6	5	14	5	48
discordancias	% dentro de educación	27,3%	37,5%	35,7%	50,0%	19,2%	32,0%
tres	Recuento	8	0	0	4	2	14
discordancias	% dentro de educación	12,1%	,0%	,0%	14,3%	7,7%	9,3%
cuatro	Recuento	1	1	0	1	0	3
discordancias	% dentro de educación	1,5%	6,3%	,0%	3,6%	,0%	2,0%
Total	Recuento	66	16	14	28	26	150
	% dentro educación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

TABLA 5: Tabla de contingencia discordancias en número * educación

La figura 2 muestra las puntuaciones de la escala de concordancia de las respuestas de los pacientes en los cuatro dominios según el sexo (mujer u hombre). La escala de concordancia de 5 puntos se ha dividido en 2, “*Bien*” (correspondiente a completa o bastante concordancia) y “*Mal*” (corresponde al resto de concordancias), para sintetizar mejor los datos.

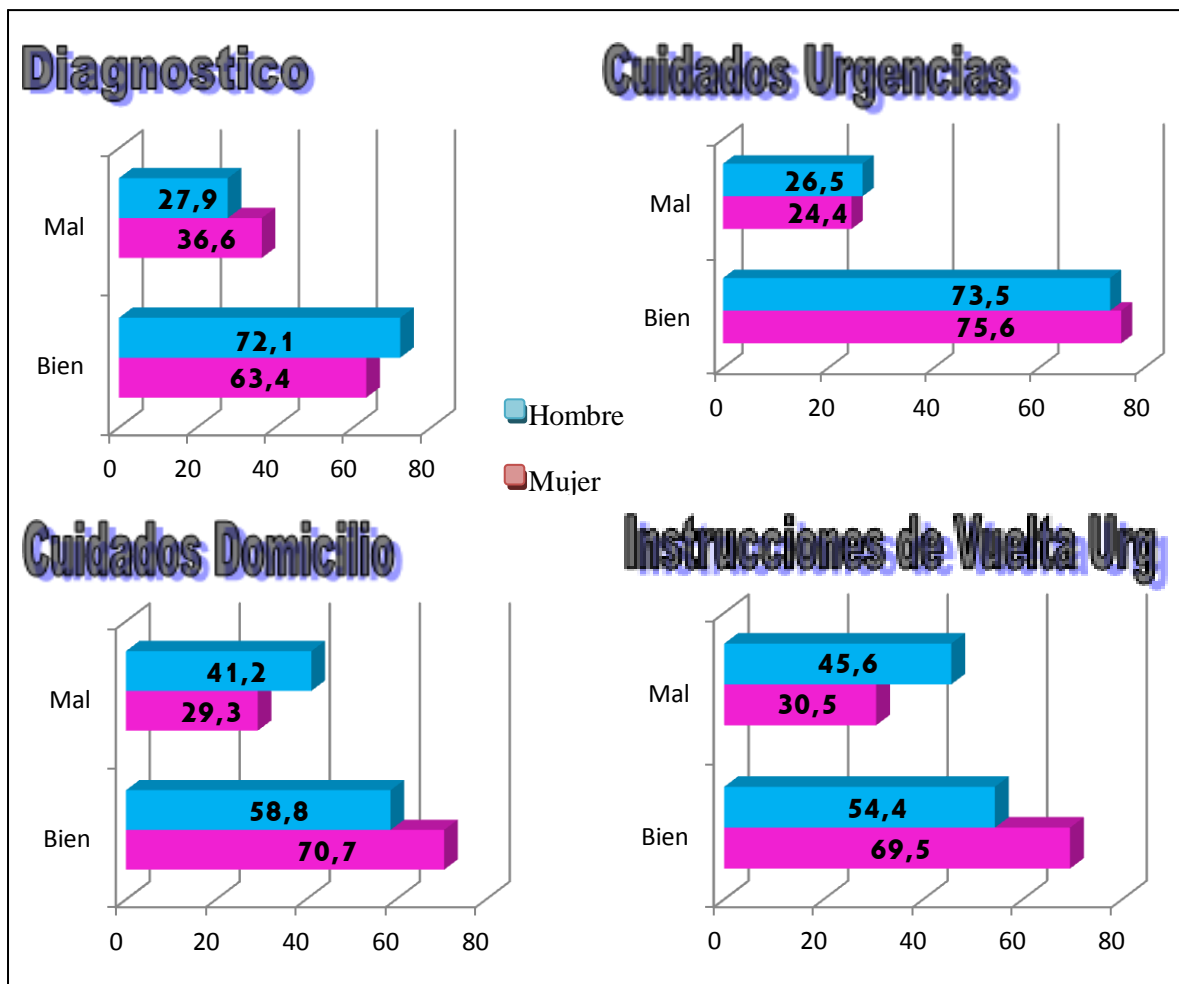


FIGURA 2: Déficit de Comprensión Según Sexo: “*Bien*” indica una completa o bastante comprensión siendo “*Mal*” el resto de comprensiones de la escala

En este análisis se observa como las mujeres obtienen una mejor concordancia entre lo que responden y lo que indica el informe de alta en todos los dominios, excepto en el diagnóstico en el que los hombres obtienen mejor puntuación (71,1%) y las mujeres fallan más (36,6%). En el dominio de cuidados en urgencias la puntuación es muy similar en ambos sexos (una buena puntuación en mujeres con 75,6% frente hombres con 73,5%). Siendo la parte de las instrucciones de vuelta a urgencias en donde más fallan los hombres (45,6%).

La mayoría de los pacientes perciben una comprensión completa de la información recibida al alta (como muestra la tabla 6) y el 90% de la muestra no encuentra ninguna dificultad en comprender las órdenes de alta. Pero esto no quiere decir que la comprensión real sea la que ellos han percibido.

COMPRESION PACIENTE	Nº PREGUNTAS	BUENA COMPRESIÓN	MALA COMPRESIÓN	TOTAL
1: Nada	3	33%	67%	100%
2: Poca	2	100%	0%	100%
3: Suficiente	35	57%	43%	100%
4: Bastante	72	57%	43%	100%
5: Perfectamente	488	70%	30%	100%

TABLA 6: Comprensión de los pacientes: “Bien” indica una completa o bastante comprensión siendo “Mal” el reto de comprensiones de las escala

A lo largo de la tabla 6 se observa cómo un 30% de las respuestas que han sido contestadas con perfecta comprensión (un total de 488 respuestas de perfecta comprensión) tienen una mala comprensión en, al menos, una parte del informe o un dominio. Lo que indica, que la comprensión que percibe el paciente se encuentra por encima de su comprensión real.

Además, se ha encontrado en las distintas entrevistas, no solo que los pacientes perciben menos información que la que reciben, sino también que omiten parte de la información (ejemplos en la tabla 2) o dan información que no tiene nada que ver con lo que pone en el informe (discordante). Se ha obtenido a lo largo del estudio que de las 600 preguntas (una pregunta por dominio por 150 pacientes) distintas realizadas en el conjunto de los 4 dominios en un 12% se omite información y en un 5% la información es discordante.

La información discordante producida es similar en los 4 dominios (figura 3), siendo mayor (34%) en el dominio de cuidados realizados en urgencias. En cambio, la información omitida dista mas entre uno y otro dominio observándose que tanto en los cuidados en urgencias como en los cuidados en domicilio se encuentra más información omitida. El resto de dominios (diagnostico e instrucciones de vuelta a urgencias) este porcentaje es bastante más pequeño.

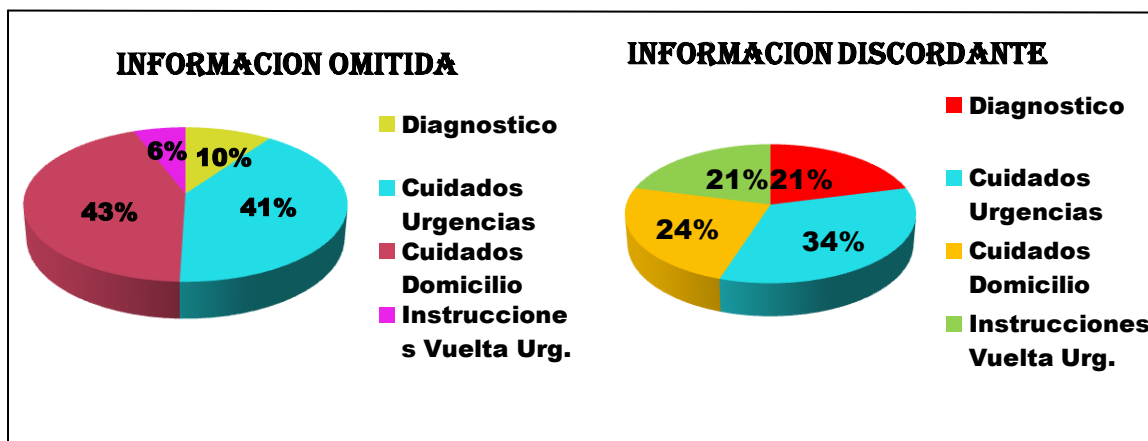


FIGURA 3: Porcentaje de la información omitida y discordante obtenido en la encuestas: dentro del número de preguntas omitidas y discordante el porcentaje que pertenece a cada dominio

Por último, se realizó una pregunta múltiple con varias causas que pueden mejorar o empeorar la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario. El paciente debía contestar si alguna de ellas le ayuda a entender mejor la información o, por otra parte, le dificulta la comprensión. Esta pregunta únicamente ha sido contestada por 74 personas, de las cuales 49 (de 150 personas) han opinado sobre aquellas causas que les ayudan en la comunicación y 38 (de 150 personas) sobre causas que se les han dificultado.

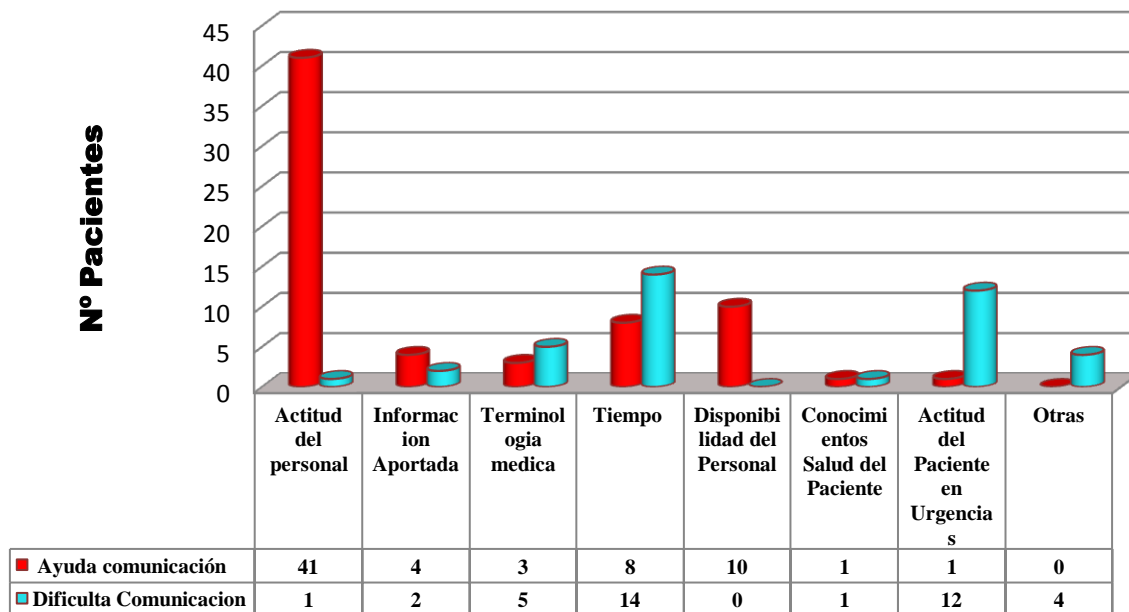


FIGURA 4: *Causas que ayudan o dificultan la comunicación según los pacientes*

Entre las causas que ayudan en la comunicación destaca, sobre todo, la actitud del personal, seguido de la disponibilidad de este. Por otro lado, el tiempo de atención en urgencias es lo que más afecta a los pacientes de forma negativa durante la comunicación con el médico. También les afecta de forma negativa la actitud que tienen en urgencias, ya que suele ser de nerviosismo y ansiedad, lo que dificulta su comprensión clara de la información al alta. Otra de las causas que propusieron los pacientes como negativas a la hora de realizarse la comunicación es el idioma (aparece como “Otras” en la gráfica), debido a que algunos de ellos son portugueses o del este de Europa y no controlan bien el castellano.

DISCURSIÓN

A lo largo de todo el estudio se puede observar como muchos pacientes tiene una pobre comprensión de las instrucciones de alta en el servicio de urgencias. El 73% de los pacientes tienen una comprensión deficiente en una o más partes del informe de alta, lo que significa que no toda la información es comprendida de forma clara y precisa por los paciente que acuden a urgencias. Los déficit de información son, sobre todo, en la categoría de signos y síntomas por los que el paciente debe volver al servicio de urgencias, seguido de los cuidados que debe llevar a cabo en el domicilio (tanto medicación como recomendaciones clínicas). Lo que aumenta la preocupación de que los pacientes puedan adherirse a cumplir unas instrucciones y recomendaciones una vez abandonen el servicio.

La preocupación por conseguir una buena comunicación con los pacientes es algo que se ha intentado mejorar a lo largo del tiempo. Pero, a pesar de todo ello, el resultado de un alto porcentaje de mala comprensión por parte de los pacientes es similar al de los años 90, por Spandorfer et al (12). En este estudio se divide el informe de alta en tres categorías (diagnostico, medicación e instrucciones de vuelta) y, aproximadamente, el 40% de los pacientes (217 pacientes en la muestra) demostraron un bajo entendimiento del informe en cada categoría. Este estudio difiere algo del nuestro debido a que consta de menos categorías pero los resultados son similares. Si lo comparamos con estudios más recientes, como el de Engel et al. (6), observamos que los resultados son muy superiores. En este estudio los resultados indican que el 22% de los pacientes tuvieron una concordancia completa y, por consiguiente, el 78% de los pacientes tuvieron un déficit en al menos un dominio. Estos resultados son mejores que los del presente estudio, donde el 9% de los pacientes tienen una concordancia completa mientras que el 91% de los pacientes tienen un déficit de algún dominio. Este autor realizo en el año 2012(9) otro artículo similar (en el que evalúa 5 dominios: diagnostico, medicación, cuidados en el hogar, seguimiento e instrucciones de vuelta a urgencias) cuyos resultados son similares a nuestro estudio, con un 92% de pacientes con déficit en uno o más dominios.

El déficit de comprensión se han observado en gran medida en la categoría de instrucciones de vuelta a urgencias (un 16% de respuestas sin ninguna concordancia) y cuidados en el domicilio (con un 35% de respuestas con una concordancia menor a bastante). Estos mismo resultados se han observado en los dos artículos de Engel et al. En el artículo realizado en 2009, los cuidados a domicilio son los menos comprendidos por los pacientes con un 34% de déficit (menor de concordancia completa). En el siguiente estudio realizado en 2012, al dividir esta categoría en dos (medicación y recomendaciones) los resultados cambiaron, se observo que las discordancias eran mayores en las recomendaciones a domicilio (60%) y las instrucciones de vuelta a urgencias (55%). Este déficit de comprensión es debido a que la explicación sobre los signos y síntomas concretos por los cuales se debe volver a urgencias no se da a todos los pacientes. Según el estudio de Vashi et al. (10), el promedio de duración del proceso de alta es menor a 4 minutos y, únicamente, un 34% de los pacientes de urgencias reciben instrucciones concretas de cuando volver al servicio o que hacer si el problema vuelve a aparecer. En la mayoría de los informes de alta no aparece nada con respecto esta parte del informe o pone: *“Si empeoramiento de los síntomas volver al servicio de urgencias”*. Las instrucciones deben ser más concretas según el diagnostico de cada paciente debido a que este tipo de indicaciones pueden hacer que los pacientes

consulten de forma más habitual el servicio de urgencias para casos en los que deberían ir a su consulta de atención primaria. Además, en el peor de los casos, puede que aparezcan nuevos signos o síntomas relacionados con un mismo proceso que los pacientes no sepan identificar y por el que no acudan a urgencias de inmediato.

Este déficit también ocurre en el dominio de cuidados en el domicilio, pero como muestra el estudio de Engel et al (2012) no se debe a que los pacientes desconozcan la medicación que se les receta, sino al resto de consejos sobre cómo calmar algunos de los síntomas o recomendaciones para mejorar. Son estas pautas las que muchos de los pacientes olvidan. Esto es debido sobre todo a dos causas:

- 1) Los médicos no dan grandes explicaciones sobre esta parte del informe, centrándose más en la medicación que se receta a los pacientes.
- 2) Estas recomendaciones son omitidas en los informes de alta en gran parte de los pacientes, muchos de los cuales indican estas pautas en la entrevistas pero al revisar los informes esto no aparece.

También esto ocurre porque algunas de estas recomendaciones al alta son dadas por enfermeras, las cuales no toman parte en los informes de alta de urgencias en ningún caso.

Por todo ello, se debería concretar más en estas partes del alta, además de explicar de forma clara y calmada la situación clínica a los pacientes. El último artículo de Engel et al. muestra que dar unas instrucciones simplificadas y escritas sobre los diagnósticos de los pacientes les ayuda mucho en su comprensión. Este estudio, además de aportar a los pacientes el informe de alta tradicional, también les adjuntaba una hoja con instrucciones concretas de su patología (se realizó de 5 diagnósticos), lo que disminuyó los déficits de comprensión de los pacientes. Esto también fue comprobado en un artículo de 1995 por Jolly et al., en el cual se entregaba una hoja con información simplificada a los pacientes, quienes entendían mejor su situación clínica que los pacientes a los que se entregaba el informe tradicional.

El bajo entendimiento de los pacientes no se ha visto, únicamente, por la escala de concordancia empleada, sino también por la cantidad de información que los pacientes omiten (información clave que el paciente no indica en un dominio, a pesar de ser interrogado por el entrevistador sobre ella). No se ha omitido mucha información, un 12% (de las 600 preguntas que se han realizado), pero llama la atención que más del 80% de estas omisiones han sido sobre los cuidados en urgencias y en domicilio. Se observa como en los cuidados de urgencias la gente desconoce la medicación que se les administra y su utilidad. Además, casi todas las personas a las que le realizan electrocardiograma (incluidas las que vienen por dolor torácico) omiten esta prueba siendo conscientes del resto (analítica de sangre, orina, radiografía,...). Esto sugiere que cuando se pone medicación al paciente, no siempre, el médico lo explica con antelación ni la enfermera lo comenta a la hora de administrarla.

En el caso de cuidados a domicilio, esta información omitida es, en su mayoría, sobre las recomendaciones clínicas (no medicación) que se aconsejan al paciente. Aunque la importancia clínica de estos errores es desconocido, pueden tener implicaciones importantes. El desconocimiento por falta de memoria de medicación e instrucciones de cuidado en el hogar aumentan la preocupación de que los pacientes puedan tardar más en recuperarse porque no están siguiendo las recomendaciones de. Un retraso en la recuperación puede conducir a una mayor utilización de los recursos con visitas adicionales al servicio de urgencias o consulta externa.

Además de información omitida, ha habido un pequeño porcentaje (7% de 600 preguntas) de información discordante (información que indica el paciente en una pregunta y que es contraria o no tienen nada que ver con lo que pone en el informe médico). Esta información aparece de manera similar en todas las partes del informe, siendo algo mayor en los cuidados en urgencias. Este tipo de malentendidos pueden ser de alto riesgo para el paciente pudiendo llegar a dar complicaciones. Esta situación no se ha estudiado mucho, lo que no quiere decir que un episodio de incomprensión no sea una posible causa complicación en un paciente.

Los pacientes que realizan algún tipo de error (tanto por omisión como por malinterpretación) en la información que aportan sobre su situación clínica son difíciles de identificar. Las personas no tienen conciencia de que tengan déficit de información, como muestra el estudio ya que únicamente un 10% de la muestra identifican tener déficit de comprensión en algún dominio. En el estudio de Engel et al. un 20% de la muestra identificó tener algún déficit de comprensión en algún dominio. Esto indica que si nos basamos en esta forma de identificar a los pacientes con dificultades en el entendimiento se van a perder muchos de los casos. Lo que sugiere que se necesita una estrategia mejor para identificar a estos pacientes. El estudio realizado por Han et al. (13) sugiere que la mayoría de estos pacientes son mayores de 65 años, por lo que a las personas con esta edad les realiza 3 test (CAM-UCI, MMSE corto e IQCODE) para conocer si padecen delirio, demencia o ambas cosas. Muchas personas no se encuentran diagnosticadas de ello, por lo que se les da la información directamente y, es en estos casos, en los que surge una alta probabilidad de que se produzca una mala comunicación. Este estudio indica que los pacientes con delirio y demencia, seguidos de los que tienen únicamente demencia son los más propensos a tener un déficit de comunicación. En estos casos es aconsejable dar la información a un familiar o cuidador.

Además, la dificultad para identificar a estos pacientes aumenta porque la mayoría de ellos (90%) dicen comprender todos los dominios perfectamente con las explicaciones que se les ha dado. Pero de las 488 respuestas (de un total de 600 respuestas) que han dado los pacientes a la información que según ellos comprendían perfectamente, el 37% no concuerdan perfectamente con el informe de alta. Lo que indica que la comprensión que percibe el paciente se encuentra por encima de su comprensión real.

El alta tradicionalmente se da mediante una documentación escrita que es transmitida al paciente de forma verbal. Así que es aconsejable dar la información mediante un formato escrito que sea comprensible para la mayoría de los pacientes con una estructuración estándar. El uso de imágenes o conceptos (esquemas) ayudan a retener más cantidad de información. La aportación de instrucciones concretas sobre su diagnóstico (por ejemplo una dieta detallada cuando se tiene gastroenteritis) ayuda en la adhesión a los tratamientos y cuidados.

Durante la comunicación verbal hay que priorizar la información que se da, los pacientes recuerdan menos cantidad de información cuando se les da más. Es fundamental usar la retro-alimentación (es la información recurrente o información de regreso, que permite evaluar la comprensión y el control del mensaje dado) puede ayudar a eliminar parte de los malentendidos y mejorar la comprensión por parte del receptor. También ayuda la repetición de puntos clave por el paciente, evitando que el paciente se sienta interrogado (14).

Basándonos en otros estudios (15), se conoce que una intervención de seguimiento realizando una simple entrevista previa antes de abandonar el servicio y una llamada posterior de seguimiento mejora la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. En otras investigaciones (16) la planificación de alta forma parte del trabajo diario en planta. Una enfermera se encarga de un paciente desde su ingreso y va planificando sus cuidados de alta día a día. Además de ir preparándolo para realizar estos cuidados en casa mediante educación y planificar el seguimiento del paciente, tras abandonar el hospital. Esta práctica puede llevarse a cabo al servicio de urgencias, según un estudio canadiense (17), una enfermera dedicada a la coordinación de la planificación del alta de los pacientes puede reducir el retorno de pacientes al servicio de urgencias y ayuda a los ciudadanos a integrarse mejor en el sistema de salud de la comunidad.

La opinión general de los pacientes sobre la comunicación con los profesionales sanitarios, ha sido muy buena. Los pacientes valoran, la mayoría, la actitud y disponibilidad que tiene el personal de forma muy positiva. Siendo el tiempo de espera y su propia actitud cuando están en el servicio (que suele ser de nerviosismo y ansiedad) lo que ellos peor valoran indicando que estos motivos pueden llevarles a entender peor la información que les aportan.

LIMITACIONES

El estudio tiene varias limitaciones importantes. Primero, se llevó a cabo en un solo hospital, limitando la generalización de los resultados. En segundo lugar, la evaluación de la comprensión de los pacientes puede haber variado a través de los casos. Se ha tratado de minimizar este problema, estandarizando el proceso de calificación mediante el establecimiento de un conjunto detallado de directrices para la puntuación. Pero, a pesar de ello, la evaluación de cada caso se produjo únicamente por un único autor, lo que aumenta las probabilidades de que esto haya ocurrido.

En tercer lugar, la codificación de la concordancia (la obtención de puntuaciones en la comprensión) se limitó, en algunos casos por el número y el detalle de las preguntas de seguimiento hechas por la investigación durante la entrevista. Para minimizar subjetiva juicio, se ha establecido pautas claras sobre la forma de manejar estas situaciones. En casos extremos en los que faltaba información debido a un seguimiento inadecuado de la pregunta, se le dio una puntuación de NE (no se puede evaluar). En los casos en los que el paciente proporcionaba una respuesta incompleta, se proporcionó una puntuación de acuerdo con lo que estaba establecido en las escala de concordancia.

En cuarto lugar, las preguntas sobre la percepción del paciente de la comprensión y la dificultad de entendimiento estaban sujetas a un posible sesgo de falseamiento. Algunos pacientes pudieron haberse sentido incómodo o avergonzado por informar dificultades en la comprensión, incluso si ellos las percibían. La intención del estudio fue considerar si se podía identificar a los pacientes con déficits de comprensión preguntándoles directamente.

Finalmente, se ha podido producir un posible sesgo de Hawthorne con el personal sanitario. Esto es debido a que la unidad sabía que se estaba realizando un estudio sobre la comprensión de los pacientes de las órdenes de alta. Desconocían el cuestionario y el tratamiento de la información, pero el conocimiento del estudio ha podido hacer que sus esfuerzos en explicar las órdenes médicas al paciente sean mayores que si el estudio no existiría.

CONCLUSIÓN

Los pacientes abandonan normalmente el servicio de urgencias con un conocimiento deficiente sobre el tratamiento que deben seguir. Este conocimiento deficiente es más frecuente en el ámbito de recomendaciones clínicas (cuidado personal que no sea medicación) e instrucciones de cuándo deben volver a urgencias (signos y síntomas que deben hacer que el paciente vuelva al servicio de inmediato). Esto indica que en el proceso de comunicación de las instrucciones de alta se pone más énfasis en unos aspectos (diagnostico, cuidados realizados en urgencias y medicación) que en otros, tanto en la comunicación verbal como escrita.

Para conseguir mejorar estos resultados se necesita realizar un informe estructurado, presentado verbalmente y por escrito, con señales visuales para mejorar la memoria. Las instrucciones escritas deben ser proporcionadas en el idioma del paciente y en un nivel de lectura apropiado para su comprensión.

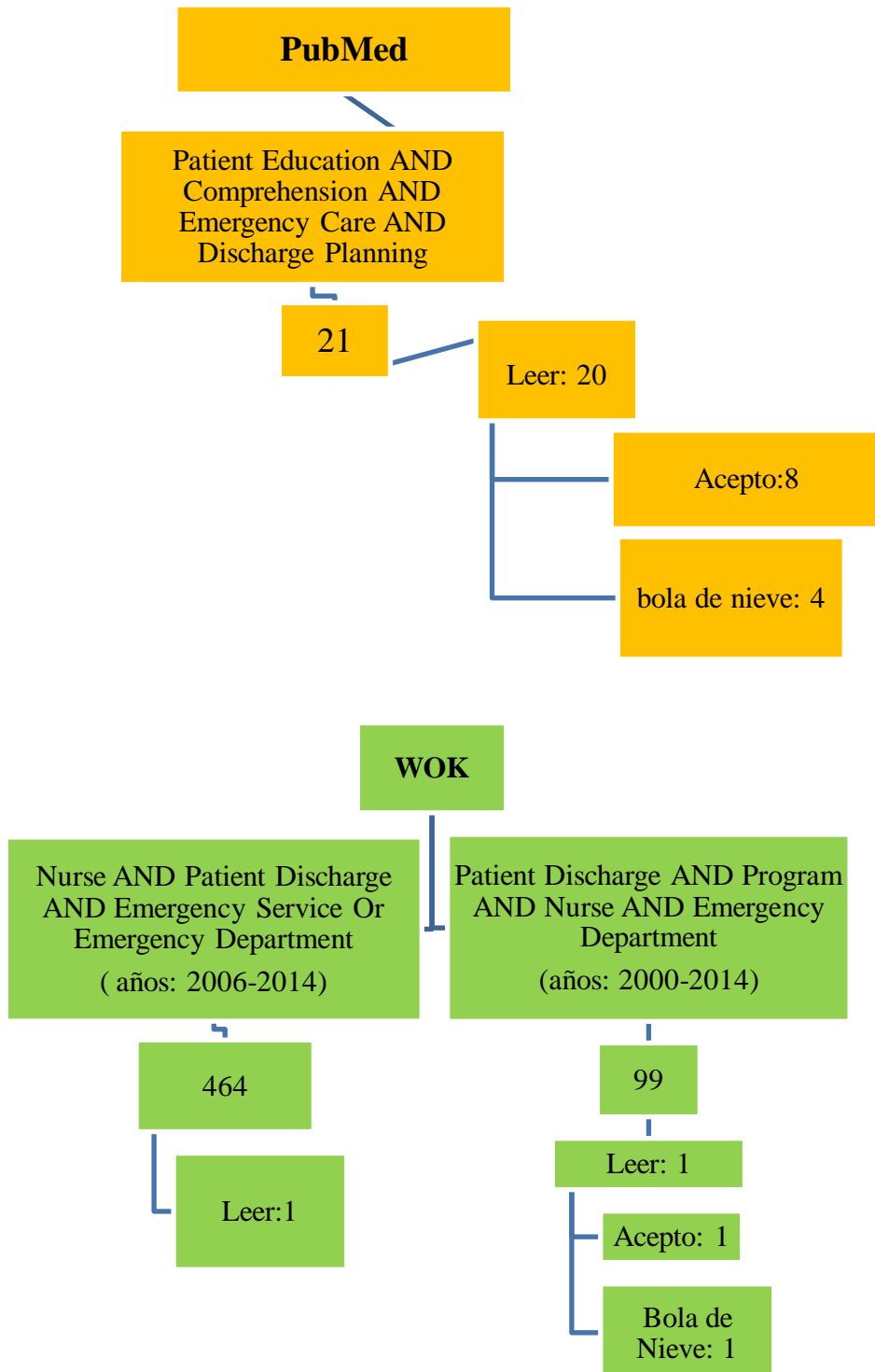
Futuras investigaciones debe seguir estudiando cuales son las mejores vías de comunicación con los pacientes, para conseguir mejorar los resultados expuestos. Actualmente, se está avanzado mucho con las nuevas tecnologías (videos antes de dar el alta a los pacientes, videos de descarga móvil,...) que han mostrado prometedores resultados preliminares, pero deben seguir investigándose.

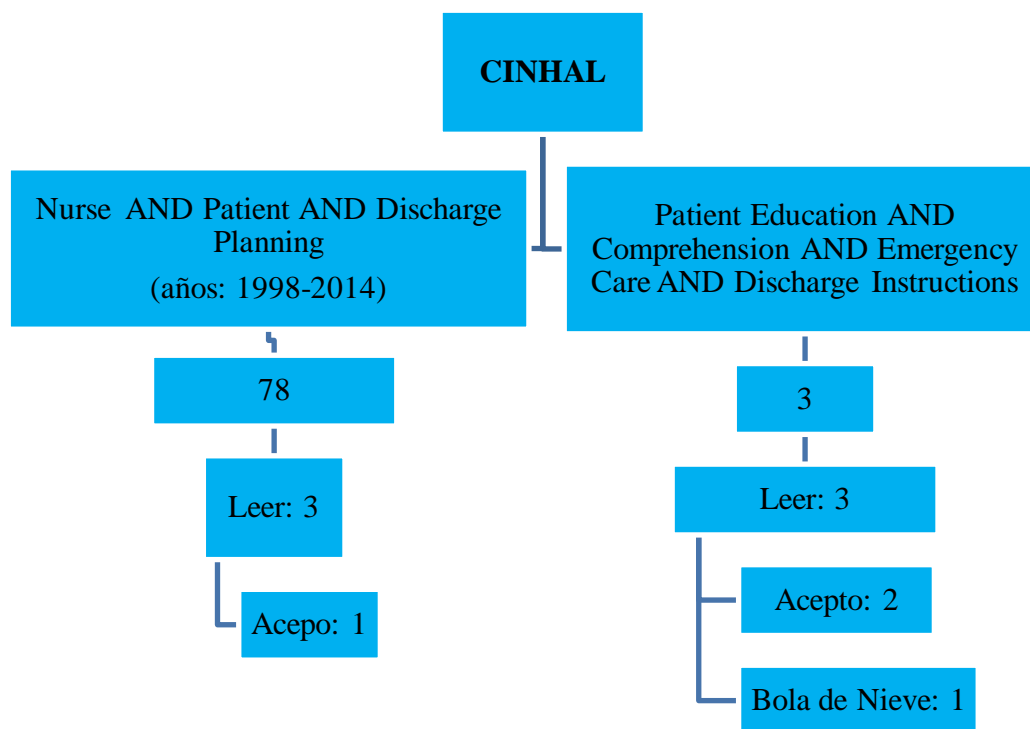
BIBLIOGRAFÍA

1. Joint Commission. 2007 National Patient Safety Goals (new for 2012). Available at: http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed Jun 14, 2012
2. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001;76(4):390-3.
3. Ruiz Moral R. [Commentary: The challenge of patient information]. *Aten Primaria*. 2004;33(7):365-7.
4. Han CY, Barnard A, Chapman H. Discharge planning in the emergency department: a comprehensive approach. *J Emerg Nurs*. 2009;35(6):525-7.
5. Hastings SN, Barrett A, Weinberger M, Oddone EZ, Ragsdale L, Hocker M, et al. Older patients' understanding of emergency department discharge information and its relationship with adverse outcomes. *J Patient Saf*. 2011;7(1):19-25.
6. Engel KG, Heisler M, Smith DM, Robinson CH, Forman JH, Ubel PA. Patient comprehension of emergency department care and instructions: are patients aware of when they do not understand? *Ann Emerg Med*. 2009;53(4):454-61.e15.
7. Clarke C, Friedman SM, Shi K, Arenovich T, Monzon J, Culligan C. Emergency department discharge instructions comprehension and compliance study. *CJEM*. 2005;7(1):5-11.
8. DeVoe JE, Wallace LS, Fryer GE. Measuring patients' perceptions of communication with healthcare providers: do differences in demographic and socioeconomic characteristics matter? *Health Expect*. 2009;12(1):70-80.
9. Engel KG, Buckley BA, Forth VE, McCarthy DM, Ellison EP, Schmidt MJ, et al. Patient understanding of emergency department discharge instructions: where are knowledge deficits greatest? *Acad Emerg Med*. 2012;19(9):E1035-44.
10. Vashi A, Rhodes KV. "Sign right here and you're good to go": a content analysis of audiotaped emergency department discharge instructions. *Ann Emerg Med*. 2011;57(4):315-22.e1.
11. Alberti TL, Nannini A. Patient comprehension of discharge instructions from the emergency department: a literature review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2013;25(4):186-94.
12. Spandorfer JM, Karras DJ, Hughes LA, Caputo C. Comprehension of Discharge Instructions by Patients in an Urban Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 1995;25:71-74.
13. Han JH, Bryce SN, Ely EW, Kripalani S, Morandi A, Shintani A, et al. The Effect of Cognitive Impairment on the Accuracy of the Presenting Complaint and Discharge Instruction Comprehension in Older Emergency Department Patients. *Ann Emerg Med*. 2011; 57(6): 662–671.
14. Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC. Effective Discharge Communication in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. 2012; 60(2): 152-159.
15. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD000011.
16. Foust JB. Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*. 2007; 20: 72–77.
17. Guttman R. Case management of the frail elderly in the community. *Clin Nurs Spec*. 1999;13:174-178.

Anexo I: Estrategia de Búsqueda

Para encontrar artículos relacionados con el tema del trabajo se ha realizado una búsqueda en 3 bases de datos: PubMed, CINAHL y la WEB del Conocimiento (WOK). Se han tomado varias palabras para la búsqueda y se han leído un total de 34 artículos, de los cuales no se han integrado todos en el trabajo, únicamente se han aceptado 17. Algunos de los artículos aceptados provienen de lo que se conoce como “Bola de Nieve”, es decir, provienen de la bibliografía de artículos leídos.





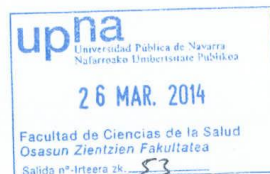
Anexo II. Autorización Comité Ético

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

Avenida Barañáin s/n / Barañáingo etorbidea, z/g
31008 Pamplona-Iruña
Tel.: 948 16 6110
facultad.cienciassalud@unavarra.es



Dña. Helena Ruiz Pérez
C/ Pintor Maeztu nº 8- 3ºG
Pamplona 31008
Navarra (España)



Pamplona, a 26 de marzo de 2014

Apreciada Helena,

Le informo que la Comisión Académica del Máster Universitario en Investigación en Ciencias de la Salud ha considerado favorable su propuesta presentada para el Trabajo Fin de Master (TFM) con el título "*Análisis del grado de conocimiento de los pacientes sobre las instrucciones que reciben al alta en urgencias*", por lo que se considera aceptada.

Le recuerdo que la Memoria resultante para el TFM que tendrá que presentar para el día 10 de junio de 2014, deberá ajustarse a los puntos establecidos en el Anexo II del Reglamento de los Trabajos Fin de Máster de la Universidad Pública de Navarra

Atentamente.

Paloma Torre Hernández
Secretaria de la Comisión Académica

Anexo III. Entrevista

Tras haber explicado al paciente el estudio que se va a llevar acabo y conseguir su consentimiento se comienza la entrevista, la cual se realiza cara a cara con el paciente tras haber recibido el informe de alta, antes de abandonar el servicio de urgencias. No se consultará directamente con el personal para evitar influir en la interacción sanitario-paciente, en su lugar, se utiliza la historia clínica informatizada para identificar a los pacientes. Todo ello con el objetivo de conocer el nivel de comprensión de las instrucciones de alta que ha obtenido el paciente durante su estancia en urgencias.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Código

- **Edad:**
- **Sexo:**
- **Raza:**

☐ Blanca

☐ Negra

☐ Otras

- **Educación:**

☐ Ninguna

☐ Obligatoria

☐ Instituto

☐ FP

☐ Universitaria

PARTE 1

DIAGNOSTICO

1. ¿Qué le han dicho en urgencias que tiene? / ¿Cuál ha sido el diagnostico por el cual ha venido a urgencias?

1a. ¿cómo valoraría lo **que ha entendido** de lo que le han explicado en urgencias **sobre lo que tiene**?

1. Nada

2.

3.

4.

5. Perfectamente

1b. ¿Cómo valoraría el **nivel de dificultad** que ha tenido para **entender a los profesionales sanitarios** de urgencias sobre lo que tiene?

1. Ninguna

2.

3.

4.

5. Mucha

CUIDADOS REALIZADOS DURANTE LA ESTANCIA EN URGENCIAS

2. ¿Qué pruebas le han realizado hoy en urgencias?

A) ¿Por qué te han realizado esta prueba?

B) ¿Cuáles son los resultados?

2.1. ¿Qué tratamiento ha necesitado hoy en urgencias?

A) ¿Por qué ha necesitado este tratamiento?

B) ¿Alguna cosa más?

Si es necesario se pueden decir ejemplos de pruebas y se pueden decir ejemplos de tratamientos

2a. ¿cómo valoraría lo **que ha entendido** sobre las **pruebas y tratamientos** que le han realizado en urgencias?

1. Nada

2.

3.

4.

5. Perfectamente

2b. ¿Cómo valoraría el **nivel de dificultad** que ha tenido para **entender la información** sobre las pruebas y tratamientos que le han realizado en urgencias?

1. Ninguna

2.

3.

4.

5. Mucha

CUIDADOS DESPUES DEL ALTA

3. ¿Ha necesitado que se le recete alguna medicación para que tome en casa?

A) ¿Por qué necesita tomar esta medicación?

B) ¿Alguna cosa más?

3.1. ¿Le ha dicho el personal sanitario que haga algo más (además de la toma de medicamentos) para su problema?

A) ¿Por qué necesita hacer estas cosas?

B) ¿Alguna cosa más?

Si fuese necesario diga ejemplos: ¿le han dicho a usted hacer algo como la aplicación de compresas de calor o frío, evitar ciertas actividades o el uso de una férula o aparato ortopédico?

3a. ¿cómo valoraría lo **que ha entendido** de lo que le han explicado en urgencias sobre el **tratamiento y cuidados que debe realizar en casa**?

1. Nada

2.

3.

4.

5. Perfectamente

3b. ¿Cómo valoraría el **nivel de dificultad** que ha tenido para **entender a los profesionales** sanitarios de urgencias sobre el tratamiento y cuidados que debe realizar en casa?

1. Ninguna 2. 3. 4. 5. Mucha

INSTRUCCIONES PARA VOLVER A URGENCIAS

4. Después de salir del servicio de urgencias, ¿necesita realizar un seguimiento acerca de su problema con otro médico?

- A) ¿Quién?
- B) ¿Cuándo?
- C) ¿Por qué necesita ver a otro médico?

4.1. ¿Qué síntomas o cambios le deben hacer regresar al servicio de urgencias?

- A) ¿Por qué necesita volver por estos síntomas o cambios?
- B) ¿Alguna cosa más?

4a. ¿cómo valoraría lo que **ha entendido** sobre cuándo debe **volver a urgencias**?

1. Nada 2. 3. 4. 5. Perfectamente

4b. ¿Cómo valoraría el **nivel de dificultad** que ha tenido para **entender a los profesionales** sanitarios sobre cuándo debe volver a urgencias?

1. Ninguna 2. 3. 4. 5. Mucha

5. Ahora me gustaría que usted continúe pensando acerca de las cosas que pueden haber afectado a su comprensión sobre las instrucciones que se le han dado al alta (*Entregue al participante la lista laminado*)

Por favor, mire esta lista de cosas que pueden haber sido parte de su experiencia en urgencias.

- 1- Actitud del personal
- 2- Cantidad de información
- 3- Terminología médica
- 4- Tiempo de atención
- 5- Disponibilidad del personal
- 6- Lugar de información
- 7- Sus conocimientos de salud
- 8- Actitud en la que se encuentra en el momento en el que se le informa
- 9- Otras

Por favor, dígame si alguno de estos puntos puede haber hecho que sea más fácil o más difícil su comprensión para entender lo que sucedió durante su visita.

Anime a los participantes para abordar cada una de las áreas temáticas en la lista. Si el participante apunta a algo cuando él o ella hacen un comentario, por favor asegúrese de anotarlos

6. ¿Hay algo más que le gustaría compartir conmigo acerca de su visita hoy en el servicio de urgencias que usted piensa que podría ayudarnos a mejorar la atención de los pacientes en nuestro hospital?

Anexo IV. Escala de concordancia.

Escala de codificación

Cada caso debe ser codificada por cuatro categorías:

- Diagnóstico y Causa
- Cuidados durante la estancia en el servicio de urgencias (Pruebas y tratamiento)
- Cuidados después del alta (recetas, cuidados y seguimiento)
- Instrucciones para volver al servicio de urgencias

1. Puntuaciones de concordancia

- A) Concordancia completa
- B) Bastante concordancia
- C) Concordancia parcial
- D) Concordancia mínima
- E) No hay concordancia

NE = No se puede evaluar

2. Información discordante

SI vs NO

3. Información omitida

SI vs NO

Los objetivos primarios

1. Evaluar el grado de concordancia / acuerdo entre lo que el paciente informa y lo que el médico documenta durante la visita.
2. Distinguir entre la información discordante e información omitida por el paciente.

Supuestos Generales / limitaciones para la codificación

1. Supongamos que lo que el paciente sabe es lo que se dice en la entrevista. Evitar juicios acerca de lo que se dice en la entrevista y lo que debería saber el paciente. Este problema se detecta de forma más clara y con detalle en la siguiente sección, "Directrices específicas para la codificación".
2. Suponga que la información que se revisa de la historia clínica es la correcta. Esta información se encuentra directamente por el registro médico oficial. Evitar juicios sobre los informes clínicos.

Directrices específicas para la codificación

1. Considerar la cantidad / profundidad de las preguntas de seguimiento que se realizaron en la evaluación de concordancia.

A. Aunque se anima a las asociaciones regionales que hagan varias preguntas de seguimiento, algunos pacientes pueden no proporcionar cierta información que ellos saben porque no se les preguntó acerca de esto, así que uno debe estar seguro de tener esto en cuenta a la hora de codificar. Si no se realizó una pregunta de seguimiento entonces usted no puede estar seguro si el paciente sabe esta información o no. Para aquellos casos aparecen detalles adicionales acerca de cómo manejar este tema en la

siguiente directriz.

B) Ejemplos

Caso 1058 - Diagnóstico y Causa: cuando el entrevistador pregunta por el diagnóstico, el paciente no responde a la pregunta, pero proporciona información diferente. Al analizar no aparece otra pregunta de seguimiento sobre el tema, por lo que no se puede evaluar lo que el paciente realmente sabe acerca de su diagnóstico. En este caso el código NE (no se puede evaluar) es apropiado, en lugar de la codificación de baja concordancia.

2. Al hacer un juicio de sí o no usar el código NE (no se puede evaluar), que se considera el peor de los casos.

A) En otras palabras, si el paciente había sido preguntado adecuadamente con una pregunta de seguimiento y no proporcionó la información (ya sea omitido o discordante), lo importante sería esto a su puntuación global. Esto es un juicio subjetivo, pero se aclara con los siguientes ejemplos.

B) Ejemplos

Caso 1266 – Cuidados en urgencias: el paciente menciona que ella tenía un examen pélvico y una ecografía, pero no hay una pregunta de seguimiento para evaluar el conocimiento de los resultados de las pruebas del paciente. Por eso el entrevistador no pregunta al paciente si se le había realizado otra pruebas (es decir, no dan al paciente la oportunidad de hablar del análisis de sangre). En este caso, el paciente claramente sabe lo que sucedió durante la visita, el examen pélvico, ecografía y análisis de sangre (nivel alto de embarazo o BHCG) que reflejan los resultados significativos. Si se tiene en cuenta la posibilidad (en el peor caso) de que el paciente no sabe o malinterpreta estas pruebas y sus resultados, entonces esto afectar significativamente la puntuación dada (es decir, la concordancia completa vs quizás una concordancia mínima o parcial). Por esta razón, es apropiado para codificar esto como NE.

Caso 1275 – Cuidados en urgencias: similar a la paciente del **caso 1266**, este paciente no es preguntado adecuadamente para garantizar que toda la información sobre las pruebas sea dada. Sin embargo, hay dos contrastes importantes en este otro caso: en primer lugar, lo que el paciente no dice refleja un mal entendimiento del análisis de sangre (causando una puntuación no cercana a la concordancia en esta categoría) y segundo, la información que nosotros damos no aclara si esto es significativo. Si tenemos en cuenta el peor de los casos (el paciente no menciona el ECG incluso con un pregunta de seguimiento sobre si se hizo otra prueba) esto no baja la puntuación significativamente. En este caso, es apropiada al código de bastante concordancia y no NE porque el código de bastante concordancia nos proporciona una buena información sobre lo que es la concordancia y, en todo caso, se sobrestima sólo ligeramente.

3. Evaluar sólo concordancia.

A) El objetivo de esta escala de codificación es evaluar el grado de concordancia entre lo que el paciente dice en la entrevista y lo que está escrito en la historia clínica. Nosotros no pretendemos juzgar lo que en la comunicación puede o no haber ocurrido o de quién es la culpa en el caso de una falta de concordancia.

B)

Ejemplos

Caso 1001 - Diagnóstico y Causa: en los informes de los pacientes no aparece diagnóstico ni causa, mientras que el médico no reportar una posible causa. Aunque la entrevista del paciente sugiere alguna cuestión de si o no el personal comunica esto al

paciente, el objetivo aquí es evaluar la concordancia y no el proceso de comunicación. La concordancia es puntuada como bastante en este caso. **Caso 1083** – Cuidados en urgencias: el paciente no informa tener un análisis de orina aunque esto está documentado en el informe. La paciente nunca podría haber sabido que se obtuvo en esta muestra porque se colocó un catéter, sin embargo, el objetivo aquí es evaluar concordancia, no la comunicación. La concordancia es puntuada como bastante en este caso.

4. Estudiar debidamente la especificidad de la información proporcionada.

A) Un paciente puede proporcionar información que no sea incompatible con lo que está documentado, pero no proporciona el mismo nivel de especificidad (incluso con preguntas de seguimiento apropiadas) de la información acerca de su visita. En estas situaciones, la categoría debe ser codificada con una puntuación más baja para reflejar esta falta de especificidad.

B) Ejemplos

Caso 1275 – Diagnóstico: los pacientes dicen que tenían una frecuencia cardíaca elevada y esto es en realidad lo que está escrito en los papeles del alta, pero los documentos médicos que la causa de la elevada frecuencia cardíaca fue la taquicardia supraventricular paroxística (un anormal arritmia). El paciente no tiene conocimiento de esta causa y por lo que la categoría se codifica como bastante concordancia en este caso.

5. En el caso de los dos diagnósticos no relacionados, dar una puntuación única para cada categoría.

A) Para un caso con dos diagnósticos no relacionados, evaluar la concordancia considerando ambos problemas / diagnósticos juntos. Tener en cuenta en ambos el volumen y la importancia (algo subjetivo) de la información dada para cada problema / diagnóstico y decidir una sola puntuación para el conjunto.

B) Ejemplos

Caso 1146 - El paciente sólo menciona el dolor de hombro como diagnóstico, mientras que en la revisión del informe de alta se refleja un diagnóstico adicional de uretritis. En la entrevista del paciente se observa una concordancia parcial con la información de la historia para el primer diagnóstico y la omisión del segundo diagnóstico (completa falta de concordancia). La concordancia para la categoría de Diagnóstico y Causa en este caso se anota como concordancia mínima.

6. Información adicional proporcionada por el paciente no debe bajar la puntuación del nivel de concordancia.

A) Cualquier información proporcionada por el paciente durante la entrevista que no está presente en la documentación del alta pero es consistente con la práctica médica y el diagnóstico de urgencias no debe ser anotado como discordante. Esto evitará la inapropiada asignación de una puntuación de concordancia baja para situaciones en las que la información puede haber sido proporcionada verbalmente y sin documentación escrita.

B) Ejemplos

Caso 1146 – Instrucciones para volver al servicio de urgencias: el paciente, en este caso, declara que puede volver al servicio de urgencias si "*se queda sin medicamentos*".

Esto no concuerda con la información que aparece en la historia clínica y no es coherente con la práctica médica en urgencias (es decir, los pacientes deben volver a su médico de cabecera para que les realice las recetas que necesiten). La concordancia se califica como bastante concordancia en este caso con un sí en información discordante. **Caso 1198** - Cuidado después del alta: a este paciente se le dijo en el informe que "evitar la luz" por la lesión en un ojo. Dado que esta información no se refleja en el informe médico, que es consistente con el diagnóstico, y por lo tanto, con la concordancia se obtuvo una puntuación de concordancia completa en este caso.

7. No se espera que los pacientes mencionar las hojas de instrucciones.

A) En algunos casos, los pacientes se proporcionarán hojas de instrucciones específicas para su diagnóstico. Siempre que sea posible estas hojas serán proporcionadas al analista para que puedan ser revisadas. Aunque la revisión de las historias aparecerá como parte de las instrucciones del alta, no se espera que el paciente mencione esta hoja. El analista debe revisar esta hoja y asegurarse de que ninguna de la información proporcionada por el paciente es discordante con la información de la hoja, pero no se espera que el paciente indique todo lo que aparece en esta hoja informativa (es decir, omita información poco relevante proporcionada en la hoja).

Instrucciones de la codificación

Para cada caso, utilice una nueva hoja de codificación para usar los tres códigos en cada una de las cuatro categorías (Diagnóstico y Causa, Cuidado durante la estancia en el servicio de urgencias, Cuidados después del alta e Instrucciones para volver al servicio de urgencias). Tenga en cuenta tanto el volumen y la importancia de la información, cuando se asigna una puntuación única para la concordancia en las categorías con más de un subconjunto (es decir, Cuidado durante la estancia en urgencias = pruebas y tratamientos). Los dos codificadores se deben anotar en cada caso de forma independiente, pero posteriormente se unirán para discutir y resolver las discrepancias para conseguir una puntuación única.

NOTA: Incluso si el resultado real es el mismo, todas las categorías con una puntuación inferior a completa tendrá que mostrar los diferentes motivos para esa puntuación de concordancia.

1. Puntuaciones de concordancia
 - A) Concordancia completa
 - B) Bastante concordancia
 - C) Concordancia parcial
 - D) Concordancia mínima
 - E) No hay concordancia

NE = No se puede evaluar

Concordancia completa: ninguna discrepancia entre la información reportada por el paciente y la documentada en la historia clínica de urgencias; por definición, esto significa que no hay información discordante o que se omite.

Aclaración: un paciente que afirma que "tiene un análisis de sangre completo" debe ser codificado como una completa concordancia siempre que no haya un seguimiento adicional del análisis de sangre que fuera determinante y apareciera en el

informe.

Concordancia parcial: el paciente informa de parte de la información documentada en la historia clínica de urgencias, pero la información significativa es discordante o se omite.

No hay concordancia: el paciente no es capaz de explicar lo que le han contado en el alta o la información es totalmente discordante con el informe de alta de urgencias.

No se puede evaluar (NE): el codificador no es capaz de evaluar el grado de concordancia entre la información del paciente y la información documentada en la historia clínica de urgencias debido a la mala calidad de la cinta o a las inadecuadas preguntas de seguimiento.

Anexo V. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANÁLISIS DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE LAS INSTRUCCIONES QUE RECIBEN AL ALTA EN URGENCIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANVERSO)

Antes de proceder a la firma de este consentimiento, lea con atención la información que a continuación se detalla y formule las preguntas que crea necesario.

OBJETIVO: conocer el nivel de comprensión de las instrucciones de alta que tienen los pacientes atendidos en un servicio de urgencias, evaluando el grado de concordancia entre lo que el paciente informa y lo que el médico documenta durante la visita.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA: como beneficios de esta investigación se espera que la información recogida sea beneficiosa para realizar las intervenciones necesarias que consigan mejorar la comunicación del personal sanitario con los pacientes consiguiendo con ello una mejor comprensión de los pacientes sobre la información que se les aporta de su salud. Consiguiendo con ello una mejor eficiencia y calidad de los servicios prestados por el Sistema Sanitario.

TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: los datos personales que se le requieren (por ejemplo: edad, sexo, datos de salud...) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad. El acceso a dicha información será accesible a ninguna otra persona ajena al equipo investigador, que será obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los datos aportados serán tratados con la máxima confidencialidad y conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos (15/1999).

Los resultados del estudio podrían ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

IMPLICACIONES PARA EL PACIENTE: la decisión de formar parte en el proyecto es totalmente voluntaria y una vez comenzado puede abandonarlo cuando lo desee.

Si decide colaborar, su participación en el estudio consistirá en responder a una serie de preguntas que el entrevistador le realizará, consintiendo a su vez la entrada a la historia clínica para comprobar la información que será recogida durante la entrevista.

RIESGOS DE LA INVESTIGACION PARA EL PACIENTE: NINGUNO

El equipo investigador agradece su atención y colaboración.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (REVERSO)

Yo,.....

- He recibido suficiente información en relación con el estudio, y entiendo sus objetivos y la finalidad de mi participación el mismo
- He leído el anverso de esta hoja con la información
- He tenido la oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio
- He recibido respuestas satisfactorias
- He recibido suficiente información en relación con el estudio

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee y sin que tenga que dar explicación alguna. También, he sido informado/a de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes puntos que afectan a los datos personales que aporte en la investigación:

- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos
- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable

Doy mi consentimiento sólo para la extracción de los datos necesarios en la investigación de la que se me ha informado sin posibilidad de compartir o ceder estos, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este formulario de consentimiento de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Firma del investigador

Firma del paciente

D/Dña. = Helena Ruiz Pérez

D/Dña.....

Nº Colegiado = 10814

DNI.....

En.....,.....a día..... de..... de.....

En caso de revocación del consentimiento:

D/Dña.....

DNI.....

En.....,.....a día..... de..... de.....

Anexo VI: Resultados Estadísticos

Concordancia dx Reducida = bien, Concordancia Cuidados urg.Reducida = mal

Resumen del procesamiento de los casos^a

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Cuidados domicilio.reducido* Instrucciones vuelta urg.reducido	78	100,0%	0	,0%	78	100,0%

a. Concordancia dx reducida = bueno, Concordancia Cuidados urg.reducida = bueno

Tabla de contingencia alta.nuevo * vuelta urg. nuevo^a

Recuento

	Instrucciones vuelta urg.reducido		Total
	bueno	malo	
Cuidados bueno	40	16	56
domicilio.r malo educado	10	12	22
Total	50	28	78

a. Concordancia dx reducida = bueno, Concordancia Cuidados urg.reducida = bueno

Concordancia dx Reducida = bien, Concordancia Cuidados urg.Reducida = mal

Resumen del procesamiento de los casos^a

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Cuidados domicilio.reducido * Instrucciones vuelta urg.reducido	23	100,0%	0	,0%	23	100,0%

a. Concordancia dx reducida = bueno, Concordancia Cuidados urg.reducida = malo

Tabla de contingencia alta.nuevo * vuelta urg. nuevo^a

Recuento

	Instrucciones vuelta urg.reducido		Total
	bueno	malo	
Cuidados bueno	8	6	14
domicilio.re malo	6	3	9
ducido			
Total	14	9	23

a. Concordancia dx reducida = bueno, Concordancia Cuidados urg.reducida = malo

Concordancia dx Reducida = mal, Concordancia Cuidados urg.Reducida = bien

Resumen del procesamiento de los casos^a

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Cuidados domicilio.reducido * Instrucciones vuelta urg.reducido	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%

a. Concordancia dx reducida = malo, urg. nuevo = bueno

Tabla de contingencia alta.nuevo * vuelta urg. nuevo^a

Recuento

	Instrucciones vuelta urg.reducido		Total
	bueno	malo	
Cuidados bueno	11	7	18
domicilio.re malo	10	6	16
ducido			
Total	21	13	34

a. Concordancia dx reducida = malo, Concordancia Cuidados urg.reducida = bueno

Concordancia dx Reducida =mal, Concordancia Cuidados urg.Reducida = mal

Resumen del procesamiento de los casos^a

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Cuidados domicilio.reducido * Instrucciones vuelta urg.reducido	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%

a. Concordancia dx reducida = malo, Concordancia Cuidados urg.reducida = malo

Tabla de contingencia alta.nuevo * vuelta urg. nuevo^a

Recuento

	Instrucciones vuelta urg.reducido		Total
	bueno	malo	
Cuidados bueno	7	3	10
domicilio.re malo	2	3	5
ducido			
Total	9	6	15

a. Concordancia dx reducida = malo, Concordancia Cuidados urg.reducida = malo